

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

330

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert ANDRÉOTA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à La Rochelle le 14 Novembre 1909

ÉTUDE

DES

RAPPORTS DU CORPS MÉDICAL

ET DE LA

SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert ANDRÉOTA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à La Rochelle le 14 Novembre 1909

ÉTUDE

DES

RAPPORTS DU CORPS MÉDICAL

ET DE LA

SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimental
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture,
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui n'a pas eu la satisfaction de
me voir arriver au terme d'une
formation, que je dois au labeur
de sa vie.*

A MON ADMIRABLE MÈRE

*Dont la vie est un exemple de
vertu, d'énergie et de dévouement.*

*Je dédie ce modeste travail, cou-
ronnement des longues études
qu'elle m'a permis de poursuivre,
en gage de mon profond amour et de
ma vénération.*

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE

P. RAVAUT

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERE

PLUS SPÉCIALEMENT CEUX DONT J'AI ÉTÉ L'EXTERNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARDENNOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER

MM. LES DOCTEURS

SORREL, BOPPE, MADIÉ, BARIÉTY

A TOUS CEUX

QUI ONT CONTRIBUÉ A MON ÉDUCATION MÉDICALE

A MON BRILLANT AMI

LE DOCTEUR M. ALBEAUX-FERNET

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

*L'affection et la reconnaissance
d'un ami dévoué.*

JE REMERCIE TOUS CEUX DONT LES CONSEILS

ET LES ÉCRITS M'ONT ÉTÉ PRÉCIEUX

POUR L'ÉLABORATION DE CE TRAVAIL

TOUT SPÉCIALEMENT

LE DOCTEUR PAUL BOUDIN

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

Docteur en droit

*En qui je salue l'un des plus re-
présentatifs défenseurs des libertés
médicales.*

INTRODUCTION

Nous n'abordons pas cette étude sans quelque appréhension. Le sujet en est délicat puisqu'il entend traiter des rapports d'une profession libérale et d'une puissante industrie.

La question est si générale, si complexe, qu'elle exigerait certainement une maturité, une expérience que nous ne possédons pas pour être traitée dans toute son ampleur. Aussi telle n'est pas notre prétention. C'est au contraire en jeune médecin, sur le point de se lancer dans l'exercice d'une profession qu'il respecte et qu'il aime, que nous entendons aborder ce problème.

Nos aînés ont assisté à la naissance et au prodigieux développement de la spécialité pharmaceutique. Progressivement, insidieusement même, la prescription de spécialités est entrée dans les mœurs médicales.

Pour nous c'est un fait devant lequel nous nous trouvons : la spécialité a acquis droit de cité. Certes, nous avons encore présent à l'esprit le conseil de nos maîtres : « Apprenez à formuler... » nous disaient-ils. Et nous constatons qu'on ne formule pas toujours.

Loin de nous la pensée de méconnaître l'import-

tance et la pérennité de la formule magistrale, mais nombreux sont les cas pathologiques devant lesquels notre décision thérapeutique est obligatoirement orientée vers une médication spécialisée.

Et il nous vient la curiosité de nous poser quelques questions, de nous faire une opinion, sur ces armes nouvelles que nous sommes appelés à manier.

Dans son ensemble, le Corps Médical, spécialement le praticien, ne connaît pas ce problème des spécialités.

Il a bien quelques souvenirs de l'enseignement officiel, qui, pour mettre en vedette la prescription médicale, a tendance à les condamner toutes et il ne peut s'empêcher de penser qu'il y a exagération.

Les échos des abus les plus manifestes parviennent jusqu'à lui à travers ses revues professionnelles. Mais du fait de leur grossièreté même il se croit à l'abri de tels errements.

Des difficultés techniques de la fabrication de certaines spécialités ; de l'organisation industrielle qu'elle nécessite ; du personnel d'élite : chimistes, pharmaciens, médecins qui concourent à la recherche, à l'expérimentation et au contrôle ; des responsabilités parfois écrasantes qu'assument certains chefs d'industrie, et des dépenses considérables qu'entraîne l'élaboration de spécialités nouvelles et leur parfaite mise au point ; le praticien ne sait que fort peu de choses.

De même, il est mal armé pour juger d'autres spécialités qui volontiers revendiquent toutes les diffi-

cultés, charges et responsabilités des premières sans en assumer aucune.

La masse des praticiens manque d'éléments de jugement, mais elle s'emploie à les acquérir. On s'efforce par ailleurs, de plus en plus de lui en donner les moyens.

Ayant entrepris l'un des premiers une étude d'ensemble sur la spécialité pharmaceutique, il nous plaît de rendre hommage à tous les confrères, nos aînés, qui — les uns depuis plus de dix ans — poursuivent dans les journaux médicaux une consciencieuse et tenace enquête. Leurs écrits nous ont largement servis, nous les en remercions.

Quelles sont les causes du succès de la spécialité ? Quelles raisons justifient son emploi par le médecin ? Comment exerceront-nous notre choix parmi toutes celles qui s'offrent ?

Ce sont là des questions essentielles pour le débutant qui demain est destiné à porter la responsabilité d'une clientèle.

Sa conscience professionnelle est engagée ; et sa réussite n'est-elle pas en grande partie fonction de sa thérapeutique ?

Nous ne trouvons nulle part le guide désintéressé qui conduirait nos premiers pas dans ce dédale. Des leçons de la Faculté, il nous reste une vague méfiance contre les médicaments spécialisés. En parler, c'était presque se compromettre. Nous ne conservons que le souvenir de préceptes négatifs.

Cependant nous ne pouvons pas rester dans l'ignorance. Il va falloir nous décider.

Ce choix doit-il forcément être question purement personnelle, laissé au hasard de la rencontre, au leurre de la publicité, à notre fantaisie. Nous ne le pensons pas.

Nous croyons au contraire qu'il doit être possible de retenir quelques grands principes directeurs, d'avoir certaines exigences de base pour éclairer notre jugement.

Ces principes, ces exigences, nous avons pensé qu'ils pouvaient se dégager d'une étude objective des rapports tels qu'ils existent, à l'heure actuelle, entre le médecin et la spécialité.

La spécialité pharmaceutique de prescription médicale est relativement très récente. Elle n'est légale que depuis dix ans. Son essor remarquable ne date guère que de l'application des techniques de la grande industrie à sa fabrication et de l'introduction de la notation symbolique des corps en chimie. Du jour où l'on a pu déduire la possibilité de corps nouveaux par le simple jeu des formules, la voie était ouverte à de fructueuses recherches.

Des laboratoires se sont créés, ont lancé des spécialités selon des méthodes plus ou moins heureuses, se sont concurrencés, se sont développés ou ont disparu.

Le médecin a été sollicité, relancé, a réagi selon sa personnalité, ayant peu le loisir de se faire une opinion, d'adopter une attitude. Mais il répugne à ce

que son jugement soit forcé, ses décisions imposées, par un réflexe d'obsession publicitaire.

Certains excès l'ont effrayé, l'abondance des nouveautés le trouble.

Et il a paru se dessiner un antagonisme entre ces deux forces également considérables qui se trouvaient en présence : une industrie en plein essor, pourvue de moyen puissants qui veut continuer à progresser ; un corps constitué exerçant une profession libérale, toute de tradition et de dignité, favorable aux innovations dont peut profiter le malade, mais dont l'esprit est, par essence, étranger aux considérations commerciales.

C'est là beaucoup plus une apparence que l'expression de la réalité.

L'industrie pharmaceutique et le Corps médical ont des buts et des soucis communs qui tendent beaucoup plus à les rapprocher qu'à les séparer.

Mais il n'est pas étonnant que l'extension brutale et sans aucun doute désordonnée de la première, n'ait entraîné quelques tiraillements.

La spécialité est encore dans son adolescence mais déjà se dessine chez elle, parallèlement au désir que nous exprimons de la mieux connaître, la recherche de ce que nous appellerons une politique médicale.

En présentant une étude objective de la situation actuelle, nous souhaitons collaborer pour une modeste part à un rapprochement qui ne peut que servir celui qui reste dans notre esprit le principal intéressé, nous voulons dire le malade.

La pensée des hommes procède de l'évolution des choses. Dans chaque profession un lent travail se fait, créateur d'un ordre nouveau, qui prépare les solutions, que les doctrinaires n'auront plus qu'à extraire des situations et des faits dont elles découlent naturellement.

Nous étudierons successivement les rapports du Corps médical et de la Spécialité pharmaceutique :

- dans le cadre pharmacologique ;
- dans le cadre professionnel ;
- dans le cadre de la santé publique.

Nous réserverons à un chapitre spécial la discussion des principales critiques qui ont été faites à la spécialité.

Et nous examinerons, avant de conclure, les différentes mesures appliquées ou proposées à l'étranger et en France dans le but de contrôler son industrie.

Mais avant tout il nous faut définir quelle est la spécialité pharmaceutique qui est digne de retenir l'attention d'un médecin.

CHAPITRE I

DE QUELLE SPÉCIALITÉ S'AGIT-IL ?

Nous ne pouvons évidemment pas considérer tout ce qui répond à ce terme dans le langage courant.

Bien entendu nous n'envisagerons que la spécialité légale, celle qu'autorise l'article 1^{er} de la loi du 13 juillet 1926 :

« Les médicaments simples ou composés, préparés
« à l'avance en vue de la délivrance au public, ne
« peuvent être considérés comme remèdes secrets,
« lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes,
« papiers et emballages qui contiennent ou envelop-
« pent le produit, le nom et la dose de chacune des
« substances actives entrant dans la composition,
« ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien qui
« prépare le médicament... »

Nous rejetterons énergiquement la spécialité populaire, qui s'adresse directement au public, à l'aide d'une publicité éhontée, par le canal des grands journaux et de la radiodiffusion.

Son procès n'est plus à faire, elle est un danger public. Son commerce est un véritable exercice illégal

de la médecine. Raccolant le malade par des descriptions détaillées et habiles de symptômes où chacun peut se reconnaître — l'attirant par des promesses de guérison lourdes de conséquence, — le retenant par l'exposé de principes qui n'est qu'une caricature de science — elle achève son rôle néfaste en détruisant sa confiance en la thérapeutique par sa lamentable impuissance.

Encore peut-on regretter que le Corps Médical n'adopte à son égard qu'une attitude de mépris.

Peut-être conviendrait-il de mieux réaliser son importance et d'entreprendre contre elle une lutte acharnée.

C'est un devoir pour le médecin, gardien de la Santé publique ; c'est également son intérêt à une époque de crise où le malade a plus volontiers la tentation de se soigner lui-même, croit-il, à moindre frais.

Le Corps médical se devrait d'autant plus d'agir qu'il a peu à attendre dans cette lutte de salubrité sociale des pouvoirs publics ; car on sait à quelles puissances financières et politiques sa suppression porte atteinte. C'est cette spécialité qui assure la majeure partie de la publicité payante des grands journaux. Et l'on a pu constater à différentes reprises, quels défenseurs elle trouvait au Parlement.

Il ne peut donc être question ici que des spécialités à publicité exclusivement médicale.

Mais il faut être encore plus exigeant. Nous ne saurions reconnaître digne de nos prescriptions toute

une catégorie de produits qui, bien que ne faisant pas de publicité directe à grand fracas — le plus souvent parce que leurs promoteurs n'en ont pas les moyens — visent à atteindre le malade par-dessus le médecin, soit par leurs littératures, soit par l'intermédiaire du pharmacien détaillant.

Peu dignes d'intérêt sont encore ces spécialités de seconde zone, mélange de formules qui se repètent sans enrichir la thérapeutique.

On peut aisément les remplacer par une formule. magistrale et on pourrait utilement en supprimer les neuf dixièmes, si ce n'est la totalité.

Elles sont chères en raison de l'importante publicité que nécessite leur manque de personnalité.

Leur grand nombre augmente les difficultés d'appréciation et de discrimination du médecin. Elles gonflent les formulaires, encombrent les officines des pharmaciens, portent tort à l'industrie pharmaceutique sérieuse en la discréditant et en pratiquant des méthodes commerciales de sous-enchère.

Néfastes pour tous, elles ne servent pas même leur propriétaire dont elles provoquent souvent la déconfiture, contrairement à l'opinion habituellement admise.

Le médecin est en droit d'exiger certains attributs de la spécialité que son autorité consacre.

La seule spécialité que nous considérerons dans le cours de cette étude, est la spécialité :

Scientifique. — Celle dont la conception est basée sur des travaux scientifiques, réalisant plus l'aboutissement de recherches de laboratoire que le point de départ de bénéfices commerciaux. Celle qui a été étudiée et expérimentée en laboratoire et en clinique avec rigueur.

Originale. — Soit par le principe nouveau qu'elle introduit en thérapeutique ; soit par le composé inédit qu'elle présente — le cas est fréquent dans les produits de synthèse chimique — ; soit par une association heureuse procurant des qualités particulières à l'ensemble.

Utile. — Visant le traitement de faits pathologiques déterminés et limités, produisant un effet certain et contrôlable.

Sérieuse. — Indiquant ses sources, ses références. Affichant une formule exacte et facilement compréhensible. Autant que possible fabriquée par le laboratoire qui la lance, ce dernier assumant la responsabilité de ce qu'il présente et n'ayant pas à redouter la curiosité du médecin désireux de se documenter.

Une telle définition est encore bien vague. Elle permet cependant une première sélection et restreint suffisamment l'objet de notre enquête.

De cette dernière pourront se dégager d'autres facteurs susceptibles de peser dans la balance de notre

choix. Nous laisserons à chacun le soin de les trier. Il convient en effet, qu'après entente sur des conditions essentielles, les opinions se cristallisent sous des formes diverses. C'est affaire d'exigences particulières et de personnalité.

Dans cette définition nous avons proposé ce qui peu constituer le squelette de la spécialité que nous jugeons seule mériter une étude médicale. Le reste est une question d'atours plus ou moins chatoyants.

Encore convient-il de reconnaître une certaine hiérarchie entre la spécialité, qui présente un produit primitif mis par le fabricant même dans son emballage définitif ; celle qui pourrait être facilement vendue en vrac, mais dont la spécialisation assure à ses inventeurs la juste rétribution de leur travail et de leurs frais ; et ces spécialités qui, sans être absolument inédites quant à leurs composants essentiels, permettent cependant, une thérapeutique plus active sous un moindre volume, ou plus facilement absorbable par le malade.

CHAPITRE II

ÉTAT ACTUEL DES RAPPORTS DU MÉDECIN ET DE LA SPÉCIALITÉ

A) Dans le cadre pharmacologique

Pour étudier les rapports du médecin et de la spécialité dans le cadre pharmacologique, il nous a semblé pratique de les examiner aux différentes étapes de la genèse d'un produit spécialisé : dans sa création, dans son expérimentation, dans sa diffusion.

1° DANS LA CRÉATION

Plus la science thérapeutique se perfectionne, plus il est indispensable qu'intervienne pour la création d'une spécialité, la collaboration de plusieurs : pharmacien, chimiste, médecin...

C'est que précisément la recherche du médicament nouveau présente des difficultés dont sont loin de se douter ceux qui ne l'ont point abordée. Recherches bibliographiques, préparation des produits nécessitent une culture scientifique étendue, dépassant

souvent le domaine de la chimie pure. Études biologiques, pharmacologiques et cliniques, souvent décevantes, exigent non seulement la connaissance des besoins thérapeutiques, mais encore celle des maladies et des malades.

Le rôle du médecin est de premier plan.

C'est à des savants de discipline médicale que sont dûs dans la majorité des cas les découvertes où le fabricant judicieux va puiser les idées d'utilisation industrielle.

Certes cet apport scientifique qui est le point de départ, la base même de l'élaboration d'une spécialité est capital. Mais il ne faut pas refuser un mérite certain à celui qui sait soupçonner l'application pratique d'une étude abstraite, la dégager de travaux complexes.

Ce n'est là qu'un premier temps. Il reste à réaliser cette possibilité nouvelle, à la concrétiser sous une forme utilisable en grand et à l'abri de tous risques.

La mise au point de cette forme commerciale nécessitera encore la collaboration du médecin. Lorsque le pharmacien aura apporté ses suggestions, le chimiste ses techniques, c'est au médecin qu'il faudra s'adresser pour vérifier l'activité biologique du produit : Mesures physiologiques, contrôle anatomo-pathologique, expérimentation sur l'animal, présentation, posologie... Et la nouvelle spécialité n'est pas encore sortie des laboratoires d'étude. Car nous verrons qu'il est une autre expérimentation plus délicate, également indispensable, expérimentation clinique,

qui ne peut être encore poursuivie que par le médecin.

Mais auparavant, à ce premier stade de la création, il faut indiquer d'autres modalités de la collaboration médico-pharmaceutique.

A côté du savant de science pure, c'est parfois le clinicien qui découvre une méthode thérapeutique nouvelle. Non pas tant, en mettant au jour un principe inédit, mais en révélant les qualités insoupçonnées de médications connues dans des maladies où elles n'ont jamais été essayées.

Là aussi il est souvent besoin d'une présentation, d'une adaptation qui ouvrent la porte à l'ingéniosité du fabricant de spécialités.

A cet apport proprement médical, le laboratoire de spécialités ajoute des découvertes bien personnelles qui sont l'œuvre de ses chimistes, le fruit de ses techniques industrielles et qui contribuent à l'enrichissement de la thérapeutique.

Il est indiscutable que nombre de nouveautés audacieuses et bienfaisantes sont l'apport exclusif de certains laboratoires de spécialités.

2^o DANS L'EXPÉRIMENTATION

Si le médecin n'a pas eu de rôle dans la création, en admettant qu'on ait pu se passer de lui pour la préparation commerciale de la spécialité, nécessairement il intervient dans l'expérimentation clinique.

L'activité d'un produit, sa toxicité, peuvent dans

une certaine mesure se déduire de tests biologiques sur des animaux-étalons. Il n'en est pas moins vrai que destiné à l'homme, c'est sur lui que doit se faire sa mise au point définitive. C'est l'expérimentation clinique qui permettra seule d'établir les qualités certaines du nouveau produit, de fixer ses indications majeures et mineures, de préciser sa posologie moyenne. Souvent elle commandera une rectification de la composition, une amélioration de la présentation.

Le médecin seul peut conduire cette ultime épreuve qui nécessite un tact particulier dans l'application, une prudence extrême dans la progression, une observation minutieuse des suites, et qui engage au plus haut point la responsabilité de celui qui la dirige.

On voit l'importance de la collaboration éventuelle des chefs de service des hôpitaux. Le nombre de malades qu'ils soignent, les facilités particulières qu'ils ont de pouvoir contrôler l'action d'un médicament sur une vaste échelle, font que tout naturellement c'est à eux que l'on va demander cette expérimentation.

En échange, le malade indigent est le premier à pouvoir bénéficier des découvertes nouvelles et de produits parfois coûteux et difficiles à se procurer. Cette expérimentation qui ouvre parfois des perspectives de moyens diagnostiques nouveaux — c'est le cas pour les produits qui ont permis de révéler à l'écran radiologique les viscères profonds, — peut être le point de départ de recherches plus poussées.

Et on peut dire que si les laboratoires en sont les

premiers bénéficiaires, le malade et la médecine y trouvent également leur profit.

3^o DANS LA DIFFUSION

Il n'est que juste que le médecin qui a pu vérifier sur ses malades la valeur d'une thérapeutique ne refuse pas de publier ses résultats.

Le Corps médical enseignant est l'organe de diffusion par excellence de la spécialité pharmaceutique de qualité. Protocoles expérimentaux, observations cliniques, lectures et communications aux Sociétés savantes, leçons au lit du malade, prescriptions aux consultations hospitalières, constituent la plus efficace et la plus appréciable des publicités.

Le praticien qui n'a pas le temps ni les facilités de juger par lui-même le flot des nouveautés qui déferle sur son bureau, attache la plus grande valeur à l'opinion que ses maîtres ont d'un médicament.

Cette valorisation dont profite la spécialité a des conséquences non négligeables pour ceux qui la lui donnent. Car, à son tour, grâce aux moyens puissants dont elle dispose, l'industrie des spécialités pharmaceutiques assure une diffusion large et rapide des travaux scientifiques dont elle découle, des découvertes qu'elle exploite, et des études qu'elle a suscitées.

Par là, elle assume un rôle d'enseignement pharmacologique et de prospection scientifique auprès de l'ensemble du Corps médical, en permettant une péné-

tration profonde et presque immédiate des données les plus récentes.

Il est nécessaire de réaliser ces multiples points de contact, ces échanges fructueux d'apports et de les juger bienfaisants et dignes d'être développés.

Cette entr'aide prend une grande valeur si nous l'envisageons sur le plan international. On peut dire que dans une certaine mesure, de nos jours, la pensée scientifique nationale a pour vecteur la spécialité pharmaceutique.

Il est des pays où cette notion est si présente, que le médecin ne se refuse pas à publier le nom du laboratoire qui lui fournit l'objet de ses travaux et il en résulte un rayonnement utile et plus éclatant de la pensée nationale.

Cela ne vaut-il pas mieux que de revenir au temps où l'hexaméthylène tétramine, l'atoxyl, le chloroforme — pour ne citer que les cas les plus typiques — émigraient à l'étranger pour nous revenir monopolisés commercialement par nos voisins ?

B) Dans le cadre professionnel

Nous avons vu les rapports intimes qui existent sur le plan pharmacologique avec le Corps médical, plus spécialement enseignant et hospitalier.

Sur le plan professionnel, c'est surtout avec le médecin praticien que la spécialité a des contacts.

Nous examinerons tout d'abord ce que la spécialité apporte au praticien pour l'exercice de son art. Puis nous verrons ce qu'en échange, il lui donne. Enfin, il n'est pas sans intérêt d'étudier de quelle manière se créent leurs rapports, et dans quelle atmosphère ils s'exercent.

C'est en grande partie le problème de la publicité.

1^o APPORT DE LA SPÉCIALITÉ

Nous envisagerons les apports techniques et les apports pratiques.

a) *Au point de vue technique.* — Parmi les spécialités que nous retenons comme étant les seules dignes d'être prises en considération par un médecin, il en est de nécessaires et irremplaçables.

On entend par là qu'il ne serait pas possible au

praticien d'obtenir la thérapeutique qu'elles permettent, en formulant leurs principes actifs, sous forme de prescriptions magistrales. Soit que la complexité et la minutie de leur préparation nécessitent une installation technique qui ne peut être réalisée dans une officine. Soit que la grande difficulté de se procurer leurs principes essentiels assure une sorte de monopole de fait à quelques fabricants. Soit que la surveillance et le contrôle scientifiques qu'exige leur fabrication dépasse les possibilités du pharmacien détaillant. Soit enfin que leur exécution correcte dépende d'un artifice de préparation qui est le secret de leur propriétaire.

C'est le cas pour la plupart des médicaments d'origine animale. Un produit opothérapique, actif sous un faible volume, a de ces exigences. Un médicament tel que l'insuline ne se conçoit que spécialisé.

Il en est de même pour les sérums et les vaccins.

Un grand nombre de produits chimiques tels que les arsénobenzènes et les bismuths injectables — pour ne citer que les plus répandus — n'existent également que sous cette forme.

Enfin, pour beaucoup d'associations médicamenteuses, la fabrication industrielle en grand, avec la perfection technique qu'elle apporte, est une condition *sine qua non* de leur activité et de leur stabilité.

Il est d'autres spécialités qui, apparemment, pourraient être facilement formulées par le médecin et que le malade se procurerait aisément mais à qui, la fabri-

cation par une firme spécialisée, sous un contrôle rigoureux, confère une indiscutable supériorité.

Dans cette classe nous rangerons schématiquement les produits très actifs et les ampoules injectables.

Les alcaloïdes, les glucosides, etc., exigent une sélection dans le choix de leurs matières premières, une surveillance dans la préparation, dans le dosage et dans l'étalonnage de leur activité, qui ne sont pas à la portée de l'officine ordinaire. Plus généralement, pour les produits injectables, la stérilisation et la qualité du verre même ont une importance capitale.

Pour tous ces médicaments difficiles à obtenir purs et bien dosés, la garantie d'un fabricant dont le renom et la réussite commerciale sont fonction de la qualité de sa production, ne sauraient être indifférentes au médecin.

Il est à remarquer d'ailleurs que le pharmacien détaillant, dans la presque totalité des cas s'adresse à des maisons de gros pour la fourniture de tels produits.

Mais alors une considération importante intervient aux yeux du médecin.

Il y a de fortes chances pour que le pharmacien traite ses marchés aux meilleurs prix. Il lui est matériellement difficile d'ailleurs, d'apprécier et de vérifier la qualité de ses achats.

N'est-il pas naturel que le médecin préfère, en cette occurrence, se réserver d'accorder sa confiance à une marque dont il connaît la valeur et qu'il sait sérieuse.

Nous ne ferons pas état de nombreuses attaques

qui ont pu être dirigées contre quelques pharmaciens détaillants, peu scrupuleux ; ou contre une certaine évolution commerciale des bazars pharmaceutiques de grandes villes. Nous supposons toutes les officines efficacement et honnêtement surveillées. Mais il n'en est pas moins vrai que l'intérêt majeur d'une spécialité est de ne pas être critiquable.

Ce qui est vrai pour le praticien de médecine générale, l'est encore davantage pour le médecin spécialiste. Et sans insister davantage, il n'est que d'évoquer le chirurgien dans le soin qu'il apporte à choisir les produits dont il fait usage.

En résumé, dans toutes ces éventualités, la spécialité apporte le facteur qualité.

Cette qualité découle de l'extrême pureté des composants employés, de la précision rigoureuse de leur dosage, de la technique parfaite de leur préparation, en particulier lorsqu'il s'agit de stérilisation.

La qualité de la spécialité a gagné la confiance du praticien. Il a la certitude de l'identité et de l'égalité d'action de sa prescription, de sa stabilité, et il apprécie de la retrouver toujours semblable à elle-même dans sa présentation.

Enfin, est-ce trop s'avancer de dire qu'il compte sur le souci qu'apporte la spécialité d'être agréable à la vue, à l'odorat et au goût, pour amener le malade à accepter et à suivre plus volontiers le traitement et peut-être, à lui garder quelque reconnaissance du choix de sa thérapeutique.

C'est ce que remarque si élégamment M. le Professeur ACHARD dans sa communication à l'Académie de Médecine du 11 octobre 1927 :

« Un autre avantage des produits spécialisés, c'est
« leur mode de présentation au public : avantage en
« quelque sorte esthétique, mais qui n'est point abso-
« lument négligeable. Boîtes élégantes, couleurs cha-
« toyantes, flacons aux formes harmonieuses, am-
« poules cristallines, dragées et pastilles qui semblent
« de délicates friandises, rien n'est épargné pour
« plaire. Point de ces précipités fâcheux qui trou-
« blent la limpidité d'une solution et nécessitent qu'on
« agite avant de s'en servir. Le fabricant ne se borne
« pas à flatter la vue, il s'applique à ne pas offenser le
« goût ni l'odorat : il édulcore et il désodorise. Il use
« de toutes les coquetteries en son pouvoir. Tout est
« alléchant dans le produit, comme dans le prospectus
« qui l'enveloppe et il devient facile de faire accueillir
« du public un personnage aussi bien habillé... »

Ce ne sont pas les seuls apports de la spécialité au praticien.

b) *Au point de vue pratique.* — Nous avons déjà fait allusion au chapitre précédent, à l'éducation pharmacologique du médecin par la spécialité. Nous croyons que ce n'est pas une illusion.

Il devient de plus en plus indispensable pour le praticien de se tenir continuellement au courant des nouveautés thérapeutiques. Il a rarement le temps de les étudier à leur source. Le pourrait-il, ce serait en-

core pour beaucoup un travail trop ardu. Plus volontiers parcoura-t-il la littérature que l'on a écrite à son intention, rédigée dans sa langue et où on lui épargne un trop grand effort, en confrontant principes, références, indications et posologies. Littérature que l'on prend soin de lui mettre dans les mains, qu'un représentant viendra lui commenter et, s'il en a le désir, développer. Tôt ou tard force lui sera de prêter attention à cet enseignement, qui s'attache à être plaisant, qu'il découvre dans son courrier, qu'il retrouve en ouvrant son journal professionnel. D'abord parce qu'il ne demandera pas mieux que d'améliorer et de varier sa thérapeutique et puis aussi pour ne pas avoir l'air d'un ignorant lorsque demain un malade lui en parlera.

Libre à lui de se faire une opinion personnelle, un échantillonnage abondant lui permettra de poursuivre des essais et également de faire bénéficier de la thérapeutique des malades peu fortunés.

Nous n'hésiterons pas à compter comme dernier apport pratique, la plus grande facilité de prescription que permet la spécialité.

Nous n'ignorons pas que l'on fait d'ordinaire une critique de cette facilité qui favorise la paresse du médecin, dit-on.

Le laisser-aller en tout est critiquable. Mais si nous restons dans le domaine de la spécialité que nous avons définie en tête de ce travail, nous croyons qu'il n'est pas négligeable pour le praticien de pouvoir, sous un nom, retenir toute une formule ou même toute une thérapeutique.

Il est essentiel qu'avant d'adopter une spécialité le médecin se fasse un jugement sur elle.

Il importe avant de prescrire un produit de l'apprécier selon sa formule, les références qu'il présente et les résultats qu'il annonce.

Cela va sans dire et relève de la conscience professionnelle au même titre que l'examen sérieux du malade.

Beaucoup le font, trop n'en prennent pas la peine et se contentent de relever rapidement la posologie indiquée.

Cependant, que de spécialités ne résisteraient pas à pareille enquête, dont les formules associent sans logique les extraits de glandes antagonistes, ou réunissent généreusement une kyrielle de principes actifs, dans l'espoir que la nature fera bien les choses.

« Bientôt on mettra dans un cachet toute la pharmacopée et pour améliorer l'état d'un malade, point
« ne sera besoin de l'examiner ! Son organisme se
« tirera d'affaire avec cette salade russe infernale (1) ! »

Combien dont la publicité est centrée sur un principe thérapeutique juste et bienfaisant et qui demandent leur activité à un composant violent, parfois dangereux, indiqué en toutes petites lettres au bas de la formule.

Nombre de spécialités n'auraient pas vu le jour et la situation de leur industrie serait moins confuse, si les médecins avaient toujours pratiqué un contrôle

(1) Prof. Noël FIESSINGER, *Physio-pathologie des syndromes endocriniens*. Masson, Paris 1933.

d'autant plus indispensable que leur responsabilité est engagée au même titre que celle du fabricant. Avec cette différence toutefois que le médecin sera beaucoup plus sûrement et plus fréquemment mis en cause.

Mais si nous supposons cet examen préalable scrupuleusement fait, quel avantage de pouvoir le classer dans la mémoire et le condenser en un seul mot : la marque.

Imagine-t-on ce que serait la tâche d'un médecin qui voudrait se tenir au courant des dernières données de la pharmacologie, et qui, pour les utiliser, serait contraint de recourir à la formule magistrale !

A notre avis, le problème a été mal posé lorsqu'on a fait un grief de cette facilité de prescription. C'était ne considérer que le mauvais côté de la question. Et nous avons l'occasion de constater par cette étude, qu'il n'est pas si facile qu'on le dit de prescrire une spécialité si l'on veut apporter à ce soin une conscience éclairée.

2^o APPORT DU MÉDECIN

Sur le plan professionnel, l'apport du médecin à la spécialité est aisé à démontrer.

Mâillon irremplaçable de la chaîne qui part du Laboratoire pour atteindre le malade, c'est lui qui fait la fortune ou l'échec d'un produit nouveau.

On voit sa puissance et quelle place il occupe dans la vie de l'industrie pharmaceutique ; de quel poids il peut être dans son orientation future.

C'est sur cette notion que nous insisterons.

Le praticien contribue, par ses suggestions, à l'évolution et au perfectionnement de la spécialité. Il est placé pour ce faire, à un poste d'observation remarquable. Nul mieux que lui ne sait ce dont le malade a besoin, ce qui lui plaît et ce qui le rebute. Mais ce ne sont que les petits côtés de son action.

Où le médecin peut tout, c'est en exerçant une censure de la spécialité.

Nous avons déjà insisté sur la nécessité qui veut que le médecin consciencieux connaisse la spécialité qu'il ordonne.

La spécialité de demain sera ce que le médecin d'aujourd'hui l'aura voulue.

S'il n'exerce pas scrupuleusement sa critique sur les caractères d'originalité, d'utilité, de sérieux de la nouveauté qu'on lui présente ; s'il prescrit la dernière venue de son courrier du matin sur la séduction d'une relance amusante ou l'euphonie d'une marque ; s'il rédige à la légère après avoir rapidement parcouru les étiquettes d'un échantillon : il favorisera la floraison de spécialités fantaisistes et charlatanesques, il rabaissera la valeur de sa thérapeutique et sera bientôt noyé dans un fouillis de spécialités sans intérêt, incapable de discerner celles qui représentent réellement une arme nouvelle et efficace contre le mal.

Sa légèreté et sa négligence auront des répercussions graves non seulement sur l'orientation de l'industrie pharmaceutique, mais également sur l'exercice de son art. Le jour où le malade serait au courant

de cette incohérence, il estimerait à juste titre être aussi bien qualifié pour lire une étiquette. La confiance l'abandonnerait non seulement dans les produits pharmaceutiques mais surtout dans le médecin.

Nous savons que, ce que nous énonçons au conditionnel, d'autres le pensent au présent.

Déjà, le praticien n'est que trop envahi par des spécialités qui ne présentent aucun avantage légitimant une préférence à d'autres qui ont fait leurs preuves, voire à la prescription magistrale, dont nous nous plaisons à rappeler la valeur et le caractère impérissable.

Mais, que le médecin exerce ce contrôle rigoureux, qu'il a le devoir d'imposer à ses prescriptions, qu'elles soient magistrales ou non — qu'il ait conscience que sa responsabilité morale est engagée par ce que sa signature endosse au bas de l'ordonnance, — qu'il s'interdise de donner des spécialités de pacotille, même lorsque cela paraît « sans importance », cet ostracisme entraînera rapidement leur disparition ou tout au moins leur diminution dans une forte proportion.

Le crible de la censure médicale jouera très efficacement. La valeur de la spécialité en sera rehaussée, la tâche du médecin plus aisée ; et le malade conservera la considération et le respect indispensable à l'exercice de notre profession.

C'est une loi économique qui sanctionnera une attitude morale ; une industrie se développe toujours dans le sens où la réussite la sollicite.

Nous le répétons, le pouvoir du médecin est considérable, à condition qu'il en prenne conscience et qu'il ait la volonté de garder le contrôle d'une activité, qui le touche de si près.

Pour une spécialité que le médecin a rejetée, il ne reste que deux solutions : disparaître ou s'adresser directement au grand public, et peu d'entre elles disposent des capitaux nécessaires.

Le médecin possède tous les éléments utiles pour exercer parfaitement ce contrôle. Ses connaissances pharmacologiques lui permettent d'apprécier une formule. Sa culture médicale générale lui donne les moyens de critiquer une littérature.

Ce travail n'est pas aussi absorbant qu'on pourrait le redouter.

De ces littératures qu'il ne retienne en premier lieu que celles s'adressant uniquement à lui et sur le ton qu'il convient, ce premier tri en éliminera un grand nombre. Pour les autres, qu'il aborde leur lecture avec le même soin qu'il apporte à celle d'un article médical, plutôt qu'à la manière dont on parcourt une publicité quelconque.

Cette action, facile à déclancher parce qu'elle découle de principes communs à tous — ce sont ceux là mêmes qui régissent la profession médicale — contre-balancera heureusement les tendances commerciales de certains laboratoires de spécialités ; ceux qui peuvent tant dépenser pour leur publicité, précisément parce que leur budget est peu obéré par les frais de recherches et d'études.

3^o COMMENT S'EXERCENT LES RAPPORTS ENTRE LABORATOIRES ET PRATICIENS

Nous touchons là un des points les plus délicats de cette étude. Plus que jamais nous nous efforcerons d'être objectif et de rester dans le cadre de l'information.

Nous venons de rappeler qu'en face du Corps médical il y avait une industrie. Il est des méthodes propres aux industries, adaptées à l'esprit des temps actuels et qui sont destinées à développer sans cesse leur importance, à imposer leur production en dépit de la concurrence. Nous voulons parler des méthodes publicitaires.

C'est à l'aide de la publicité que le Laboratoire fait connaître aux praticiens sa spécialité.

La publicité — émissaire que l'on aimerait concevoir persuasif, certes, mais discret et respectueux de la personnalité ; et que des conceptions venues de l'étranger ont fait impérieux et sans mesure — est une forme générale de l'activité humaine.

Elle est devenue une arme redoutable entre les mains de qui peut la payer. Elle envahit tous les domaines de la vie sociale. Il n'est pas jusqu'aux sciences et aux arts dont elle ait fait des instruments à son service. Sa puissance est incalculable.

Il eût été souhaitable, que, s'adressant à une élite intellectuelle et morale, la publicité de la spécialité ne cherche son unique argument que dans la qualité

même de ce qu'elle présente. Mais trop souvent entre les mains d'hommes d'affaires, il était humain et inévitable qu'elle commette des excès.

D'ailleurs, il existe une optique publicitaire à laquelle doit s'astreindre celui qui en a la charge et dont le médecin se doit de ne pas être dupe. Ce n'est pas un problème absolument nouveau pour lui, car, bien que toujours condamnées à haute voix, il est certaines pratiques dans les mœurs médicales qui ne sont qu'une forme déguisée de publicité.

La publicité constitue donc l'agent de liaison entre la spécialité et le médecin. De ses modes d'expression, il en est que l'on ne discute pas, d'autres qui sont à condamner.

Il est normal que la spécialité se révèle par des placards publicitaires dans les revues et journaux professionnels ; qu'elle étale ses principes, ses sources, ses résultats expérimentaux et cliniques dans des articles ; qu'elle se rappelle au médecin par des encarts ou autres relances épistolaires. Qui saurait lui faire grief d'insister par la visite d'un représentant, à la condition que celui-ci soit compétent, capable d'éclairer notre curiosité scientifique et d'expliquer en peu de mots ce qui nous demanderait de longues lectures. N'est-il pas naturel que l'on mette à notre disposition un échantillonnage qui permet de se faire une idée de la présentation et de l'activité d'un médicament, avant d'engager des malades à un débours souvent fort onéreux.

Tous ces moyens sont légitimes. Certains ont même des contre-parties qui ne sont pas négligeables.

C'est la publicité qui permet à beaucoup de revues professionnelles et syndicales de subsister.

Nous ne sommes pas non plus de ceux qui s'offusquent de l'article publicitaire, sous la réserve expresse qu'il soit d'un usage professionnel courant et *sans valeur* : nous pensons au bloc d'ordonnance, coupe-papier, abaisse-langue, etc. Une règle énoncée de telle sorte paraîtrait très insuffisante si elle s'adressait à une grande collectivité d'hommes ordinaires ; mais un médecin n'est-il pas capable de faire le départ entre ce qui n'a guère plus d'importance que l'encart qu'il trouve dans son journal, — qui est cependant parfois très artistique — et ce qui constitue un cadeau dont le prix intrinsèque ne permet pas de penser qu'il est distribué sans discernement et sans arrière-pensée.

Nous arrivons par-là à la publicité que l'on doit discuter.

C'est en général la prime dorée et tout ce qui tend à intéresser le médecin à la vente d'une spécialité. Nous savons tous ce que cela évoque, c'est pourquoi nous ne citerons qu'un exemple, le plus invraisemblable qu'il nous a été donné de connaître et qui ait été publié :

« Une firme pharmaceutique livre à crédit une automobile au médecin, voiture payable par traites mensuelles. Si le praticien ordonne suffisamment, dans le courant du mois, on lui renvoie sa traite pour le récompenser de sa collaboration » (1).

(1) *Concours médical*, n° du 8/IX/35, p.254.

Les tentatives de ce genre, ne sont malheureusement pas rares. Ce n'est pas une des plus habiles ni des plus dissimulées.

Il est à remarquer que de tels abus sont surtout le fait de laboratoires dont les spécialités ayant peu d'originalité ou de nécessité ont d'autant besoin de soutien commercial. Cela n'échappe pas au médecin et, il faut le dire, même lorsqu'à son corps défendant il en profite, ses prescriptions ne s'en font pas l'écho.

De gros budgets ont été ainsi dissipés par des laboratoires « météores », qui ont payé de leur existence une telle erreur psychologique qui, en définitive, est une injure à la dignité médicale.

Pour le médecin, cependant, c'est un devoir de ne pas permettre que ces pratiques aient cours et de le dire aux intéressés. Il n'est pas suffisant de faire le mort, il importe de réagir activement : pour le respect dû à la profession et pour la protection du malade qui est toujours la première victime. Nous allons voir comment.

A l'origine, on trouve les fautes lourdes de certains marchands de spécialités. Leur générosité disproportionnée a d'abord étonné les praticiens qui ont été ainsi amenés à supputer leur rôle dans le succès des spécialités. En généralisant hâtivement, d'aucuns en sont venus à estimer qu'ils jouaient les placiers à domicile, gratuitement ; et de s'en indigner.

De là à réclamer le prix d'une commission, il y avait un fossé que quelques-uns franchirent cependant d'un pas.

De leur côté, les maisons de spécialités, conduites à augmenter progressivement leur budget de publicité ont tendance à trouver que le médecin leur coûte cher et à déprécier sa collaboration.

Il ne peut résulter de telles conceptions qu'un avilissement de la profession médicale d'une part ; d'autre part, un déséquilibre dans la juste proportion qui doit exister entre le prix de revient et le prix de vente d'une spécialité. Car il est bien évident qu'il faut couvrir les frais d'une telle publicité. C'est le malade qui les paie.

Que des abus aient pu se produire, le fait qu'en face d'une profession libérale on trouve un commerce l'explique ; la nouveauté du problème qui se posait, l'excuse en partie. Il faut toujours un peu de recul pour apprécier une situation.

Mais ces pratiques doivent être condamnées.

Le médecin est payé par le malade pour lui dispenser ses soins. Il doit décider de ceux-ci selon sa science et sa conscience en toute indépendance d'esprit. Et c'est vraiment manquer de dignité et de fierté de sa part que de rabaisser sa fonction en l'assimilant à celle d'un représentant de commerce.

De ces remarques on pourrait presque dégager une règle : c'est à sa publicité que se juge en partie le sérieux d'une spécialité.

C) Dans le cadre de la santé publique

Nous vivons une époque où dans tous les domaines les collectivités tendent de plus en plus à prendre en mains les intérêts des individus.

Ce courant n'a pas épargné l'exercice de la médecine.

Si l'on suit l'évolution de notre législation sociale, on trouve à l'origine la loi de 1893 instituant l'Assistance médicale gratuite pour assurer les soins essentiels aux indigents. En 1898, la reconnaissance légale des Sociétés de secours mutuels consacre cette tendance de l'individu à se grouper pour se garantir contre les risques de maladies. La même année, l'État garantit le paiement des soins aux ouvriers blessés au cours de leur travail. En 1919, ce sont les Pensionnés de guerre que la Nation prend en charge. Enfin, en 1930, la loi des Assurances sociales achève et complète cette évolution en engageant la responsabilité de l'État dans tous les soins dûs aux classes ouvrières.

Parallèlement, on voit des chefs d'industries, passer contrat avec des médecins pour assurer les soins forfaitaires de tous leurs employés.

De cette évolution, découlent des rapports nouveaux entre le médecin et le malade.

Dans le contrat originel bipartite entre médecin et malade, s'introduit un nouvel ayant-droit : le tiers payant.

Il se trouve que la spécialité pharmaceutique est menacée par ce nouvel état de choses.

Dans son désir justifié d'exercer un contrôle, la collectivité, pécuniairement engagée, a voulu interdire ou limiter son emploi.

A ce débat, sont directement intéressés le médecin, le malade, le tiers-payant, la nation.

Le médecin, voit méconnu son droit à la liberté de prescription. Il est intolérable que pour une partie importante des malades qui font appel à ses soins, il ne puisse, en toute indépendance, leur dispenser ceux-ci. Ce n'est pas seulement un droit, mais un devoir pour lui de faire bénéficier n'importe lequel de ses clients de sa meilleure thérapeutique. Or, celle-ci comprend dans certains cas la prescription de produits spécialisés.

De même la malade a le droit le plus strict de recevoir la meilleure thérapeutique. D'autant plus, qu'un grand nombre d'intéressés payant une partie des soins, on ne saurait juridiquement leur contester cette exigence. D'ailleurs, toute prétention à instituer une thérapeutique de seconde zone, une sorte de médecine des pauvres, est humainement indéfendable et heurte violemment l'esprit médical.

Mais il faut bien reconnaître d'autre part un certain droit de contrôle au tiers payant. Il veut se rendre

compte de ce qu'il paie et déboursier le moins possible. Il est défendable que, ne refusant pas le nécessaire, il entende ne pas être tenu au superflu. Or, s'il ne saurait y avoir une thérapeutique de deuxième qualité, il peut au contraire exister une thérapeutique de luxe qui sacrifie sans nécessité essentielle, aux habitudes d'élégance et de confort d'une clientèle privilégiée.

« En outre, quoique le besoin ne s'en fasse pas
« beaucoup sentir, on peut reconnaître quelques avan-
« tages à des spécialités qui se bornent à présenter
« agréablement certains remèdes simples et communs,
« sirops pour la toux, préparations bromurées, et
« iodes... C'est affaire au malade de payer ce qu'il
« faut pour les avoir ; mais n'est-il pas licite à qui peut
« se l'offrir, de boire du vin de grand cru au lieu de
« la piquette ? » Professeur ACHARD. (*loco citato.*)

Supprimer les spécialités qui répondent à cette définition, sera un des buts légitimes du contrôle de la collectivité. Avoir la tentation de les supprimer toutes, sera l'excès auquel le médecin devra énergiquement s'opposer.

Enfin, il n'est pas indifférent de remarquer que les intérêts supérieurs de la nation sont mêlés à ce conflit. Ils le sont à deux points de vue dissemblables, mais qui ont également leur importance. En courant volontairement le risque de retarder ou de compromettre la guérison de l'assujetti, en prolongeant par conséquent la maladie, on immobilise des forces actives de la production nationale, et tout compte fait, les pertes sont

plus considérables que les dépenses que l'on cherchait à éviter.

Il faut également considérer que l'exportation des spécialités françaises est un chapitre important de la balance commerciale extérieure (1).

Comment cette industrie nationale pourrait-elle jouir de la faveur des consommateurs étrangers si ceux-ci apprenaient que la majeure partie de la population française, bénéficiaire des lois dites sociales, n'a pas le droit d'user des médicaments spécialisés.

Ces considérations générales envisagées, nous allons examiner quelle est la situation du médecin et de la spécialité devant les lois réglementant :

- les Assurances Sociales ;
- les Accidents du travail ;
- Les Pensionnés de guerre ;
- L'Assistance médicale gratuite ;
- Les Sociétés de secours mutuels.

I. — LES ASSURANCES SOCIALES

1^o Les textes. — La loi du 30 avril 1930 dans son article 7, paragraphe 4 dit ceci :

« Les prescriptions médicamenteuses sont laissées

(1) En 1932 le chiffre d'affaires des exportations des fabricants de spécialités françaises s'élevait à 350 millions. (M. ALLARD-LATOUR, *La Spécialité Pharmaceutique, Etude économique, Thèse de Droit, Dijon 1933*).

Ce chiffre est très en dessous de la réalité si l'on tient compte du développement de l'industrie pharmaceutique depuis 1932, et surtout du fait que, de nombreux pays ayant élevé des barrières douanières prohibitives, nos fabricants ont été incités à fonder sur place des usines de fabrication (note de l'auteur).

« à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté
« d'ordonner les médicaments conformes aux lois
« existantes. Une commission spéciale sera prévue
« au règlement d'administration publique avec mis-
« sion d'établir et de tenir à jour la liste des médi-
« caments spécialisés et autorisés. »

Le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique, institue cette commission en son article 19.

Cette commission n'a pu aboutir à un résultat.

Devant le grand nombre de spécialités et l'impossibilité d'établir des règles permettant de retenir les unes et d'éliminer les autres, elle a renoncé à dresser une liste des médicaments spécialisés pouvant être ordonnés par les médecins aux assurés sociaux. Aussi une circulaire du Ministre du Travail, en date du 24 mars 1931 (*Journal Officiel*, 29 avril 1931) informe les préfets que :

« Jusqu'à nouvel ordre, les caisses devront rem-
« bourser à concurrence de 85 % toutes les spécia-
« lités, dont la vente est légale en France et pour les-
« quelles des décisions individuelles d'exclusion n'au-
« ront pas été notifiées. »

2° Leur interprétation. — Il résulte de ces textes que toutes les spécialités dont la vente est légale en France doivent être remboursées à 85 %.

Depuis le décret du 13 juillet 1926, les médicaments simples ou composés, préparés à l'avance en vue de la délivrance au public, sont de vente légale, « lors-

« qu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets
« et emballages qui contiennent ou enveloppent les
« produits, le nom et la dose de chacune des substances
« actives entrant dans leur composition, ainsi que le
« nom et l'adresse du pharmacien qui compose le
« médicament. »

La spécialité pharmaceutique que nous considérons dans cet ouvrage est en tous points conformes à ces exigences.

Aucune difficulté ne devrait donc s'élever pour son remboursement par les caisses d'Assurances sociales.

Et cependant, dans la pratique, l'anarchie la plus complète règne en cette matière.

Chaque département, chaque caisse même croit avoir le droit d'agir à sa guise au regard des spécialités pharmaceutiques.

Les unes se refusent au remboursement partiel de toutes les spécialités sans exception. Ailleurs certains produits spécialisés sont remboursés, soit à 85 %, soit à 50 %. Se rendant compte de l'arbitraire qui présidait à cette différenciation, quelques caisses ont cru devoir s'entendre avec les syndicats de praticiens du département pour dresser ensemble la liste des spécialités permises. Il en est résulté une dissonance d'un autre genre.

Ici, seuls les vaccins et les sérums étaient permis ; là c'étaient les produits opothérapiques et certains corps chimiques de préparation délicate tels que les arsénobenzènes. Mais alors interviennent les pharmaciens détaillants qui songent à leurs intérêts et qui

imposent leurs exigences. C'est ainsi que dans quelques départements les produits opothérapiques en ampoules injectables sont autorisés sous forme de spécialités ; mais, s'ils doivent être absorbés *per os*, il faut les formuler et leur préparation revient au pharmacien détaillant.

Ailleurs, les médecins ont cru pouvoir dresser une liste de spécialités diverses qui seules seraient remboursées par les caisses à l'exclusion de toutes les autres.

Poussant plus loin l'illégalité, il est des caisses qui ont émis la prétention de déterminer le maximum de prescription de telle ou telle spécialité figurant dans une ordonnance de médecin, ou de fixer la quantité limite pouvant dans un trimestre être ordonnée au même malade.

Certaines caisses obligent l'assuré social à faire viser l'ordonnance portant une spécialité avant d'aller chez le pharmacien..., etc.

On aboutit à des complications invraisemblables qui tiennent au fait que dirigeants des caisses, médecins ou pharmaciens ont eu la prétention de réaliser ce qu'une commission de techniciens distingués s'était avouée incapable de faire.

Tous ces procédés sont illégaux et lèsent les intérêts légitimes des malades, bénéficiaires des assurances sociales, qui sont ainsi privés de certains produits pharmaceutiques. Ils lèsent également les intérêts du praticien qui arrive à ne plus savoir ses droits et ses obligations et auprès de qui protestent ses clients

lorsque la caisse laisse à leur charge un des produits prescrits.

Les propharmaciens sont encore plus embarrassés.

Enfin, certaines firmes pharmaceutiques exclues de la liste départementale, alors que des maisons concurrentes sont inscrites, sont arbitrairement brimées.

Il serait tellement plus simple d'exiger le respect des textes législatifs et réglementaires, cités plus haut, qui consacrent l'absolue indépendance du médecin sous son entière responsabilité professionnelle, de droit commun, en ce qui concerne les prescriptions pharmaceutiques vis-à-vis des assurés sociaux.

Ce chapitre était déjà écrit lorsque parut le décret-loi du 31 octobre 1935 portant réforme de la loi sur les Assurances sociales.

Voici ce que précise le nouveau texte.

« Les prescriptions médicamenteuses sont laissées
« à l'initiative des médecins qui conservent la liberté
« d'ordonner, selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, les médicaments
« conformes à la législation et à la réglementation
« existantes. Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance par acte médical.

« La participation de l'assuré dans le paiement
« des prescriptions pharmaceutiques, qui était jusqu'alors fixé à 15 % et porté à 20 % pour les ordonnances ne dépassant pas 25 francs et à 40 % pour la partie de l'ordonnance dépassant le chiffre de 25 francs.

« Toutefois, aux termes du paragraphe 9 de l'art. 6,

« sauf abus de prescription, le tarif de 80 % (participation de 20 % pour l'assuré) est applicable aux produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934. Il en est de même pour tous les autres médicaments dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur propositions du médecin traitant et avec accord du médecin contrôleur. »

« Le Ministre du Travail, sur avis conforme du Conseil supérieur des Assurances sociales peut, en outre, fixer un maximum de remboursement par feuille de maladie et prescrire l'établissement par une Commission dont il fixe la composition, d'une liste de médicaments spécialisés pour lesquels il y a lieu de prévoir des tarifs de remboursement particuliers. »

On comprendra que nous n'ayons pas jugé utile de refondre ce que nous rapportons sur les interprétations du décret-loi de 1930. Les nouvelles complications qu'instaure le décret-loi de 1935 ne nous semblent pas de nature à simplifier la question.

Retenons le fait qu'une fois de plus est solennellement reconnue la liberté de prescription du médecin.

Quant aux nouveaux tarifs, qui varient avec le montant de l'ordonnance d'une part, la nature du produit considéré d'autre part, nous doutons qu'ils réalisent l'économie recherchée par le législateur.

Le même décret-loi prévoit la nomination d'une nouvelle commission chargée d'établir la liste des

médicaments spécialisés, pour lesquels il y a lieu de prévoir des tarifs de remboursements particuliers.

Nous avons vu quel fut le destin d'une semblable commission, instituée par le décret-loi de 1930...

3^o Cas particuliers : assurés sociaux faisant partie d'une mutuelle et assurés sociaux indigents. — Quelques sociétés mutuelles font fonction de caisses primaires et admettent dans leur sein les assurés sociaux.

Des conflits se sont élevés, les dirigeants des mutuelles prétendant imposer ou refuser certaines spécialités.

Quoi qu'il en soit, l'assuré social conserve sa qualité d'assuré social et a droit à la liberté des prescriptions pharmaceutiques.

Il en est de même pour les assurés sociaux indigents.

Les Administrations Préfectorales ont toujours voulu considérer le bénéficiaire de l'art. 59 de la loi de 1930 comme « un indigent » et non pas comme un « assuré social ».

Cependant de nombreux arrêts de la Cour de Cassation s'étaient prononcés dans le sens contraire. Mais le pouvoir administratif refusait de s'incliner devant le pouvoir judiciaire.

Enfin, le décret-loi du 31 octobre 1935 dans son art. 19 troisième alinéa, consacre expressément cette thèse. « Les prestations à la charge des caisses d'Assurances sociales pour les assurés bénéficiaires du présent article (c'est-à-dire les assurés indigents).

« sont les mêmes que celles prévues pour les autres
« assurés et leur sont accordées suivant les modalités
« et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. »

II. — LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1^o Les textes. — La loi du 9 avril 1898 traitait de la question qui nous intéresse dans son article 4, au premier alinéa. Cet article complété ou refondu par plusieurs lois ultérieures n'a jamais restreint, dans ses rédactions successives, le droit absolu de soigner un malade en toute liberté.

Cependant, une modification apportée au texte par la loi du 31 mars 1905 devait devenir génératrice de bien des complications en instituant un tarif des frais pharmaceutiques auquel on doit se reporter.

L'établissement de ce tarif et l'interprétation que l'on en a fait par la suite domine toute la question.

Voici le texte de la loi du 31 mars 1905 :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de
« son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas le
« chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médi-
« caux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence
« de la somme fixée par le juge de paix du canton où
« est survenu l'accident, conformément à un tarif qui
« sera établi par un arrêté du ministre du commerce,
« après avis d'une commission spéciale compren-
« nant des représentants de syndicats de médecins et
« de pharmaciens, de syndicats professionnels ou-
« vriers et patronaux, de sociétés d'assurance contre

« les accidents du travail et de syndicats de garantie. »

Nous reviendrons sur les inconvénients que peut entraîner l'immutabilité d'un tel tarif et sur les critiques qu'on peut en faire du point de vue scientifique.

Auparavant, nous allons voir quelle interprétation on a essayé de donner au texte même de la loi.

2^o **Leur interprétation.** — Toutes les difficultés sont venues du fait que les tiers payants intéressés ont voulu voir dans la conception légale un tarif limitatif, qui, une fois établi, ne permettrait pas au médecin de sortir de son cadre.

Pourtant, telle n'était pas l'intention du législateur.

Déjà, un arrêt de la Cour de Cassation du 16 mai 1911 avait reconnu que le tarif ministériel n'était pas limitatif, mais simplement énonciatif, en ce qui concerne les traitements que le médecin est en droit d'ordonner. Ce qui implique qu'il a toute liberté de prescrire même en dehors de la nomenclature du dit tarif.

Un abondante jurisprudence en a décidé dans le même sens depuis. Et il est intéressant de retenir une réponse de la Direction du Contrôle des Assurances au Ministère du Travail, parue dans une de nos revues professionnelle (1) signée du Conseiller d'État, directeur, Sumien où il est dit : « Il va sans dire que le « médecin traitant reste libre de ses prescriptions « pharmaceutiques sous sa responsabilité. »

(1) *Concours Médical* 1928, p. 292.

Cette responsabilité est de deux ordres : ne pas prescrire de spécialités qui ne sont pas de vente légale, — nous avons vu ce que cela voulait dire — ne pas se rendre coupable de collusion soit avec le pharmacien soit avec le blessé.

La question est donc réglée pour les victimes des accidents du travail, le médecin a le droit, d'après la loi, de prescrire toutes les spécialités pharmaceutiques qui nous intéressent.

En pratique il ne le peut pas.

A lui de faire valoir ce droit lorsqu'on le lui conteste.

III. — LES PENSIONNÉS DE GUERRE

1^o Les textes. — L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 spécifie que :

« L'État doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessaires par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension... »

Plus loin :

« Les frais médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État... »

« Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés. »

Le décret du 26 septembre 1919, portant règlement

d'administration publique, décide dans son article 19, dernier paragraphe que :

« Les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les dépenses d'hospitalisation sont remboursés par l'État, sous réserve du contrôle adopté dans le département, pour l'assistance médicale gratuite. »

2^o Leur interprétation. — Ainsi le législateur, et le Président de la République, par son décret d'administration publique, n'ont apporté aucune restriction au droit du médecin de prescrire tout ce qu'il juge nécessaire pour la guérison de l'ayant droit.

Seul le contrôle, adopté dans le département pour l'assistance médicale gratuite, lui est applicable.

Ce contrôle institué par la loi du 15 juillet 1893 a été organisé par la circulaire du Ministre de l'Intérieur le 18 mai 1894. La composition de ce service de vérification est prévue à l'article 16 du règlement modèle pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, règlement voté par le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique le 21 juillet 1894.

En matière d'assistance médicale gratuite, d'après un arrêt du Conseil d'État du 23 mai 1907, cette commission de contrôle a simplement pour but de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement exécutées et régulièrement comptées d'après le tarif fixé conformément aux délibérations du Conseil Général.

Par conséquent, jusqu'ici, aucune limitation à la prescription médicale.

Revenons aux lois concernant directement les pensionnés. Aucune loi ultérieure (loi de finances du 31 décembre 1920, loi du 21 juillet 1922) aucun décret (décret du 25 octobre 1922, décret du 6 juillet 1924), n'est venu restreindre le droit du médecin ni celui du bénéficiaire à la liberté de prescription.

Il était si peu dans l'intention du législateur de limiter ces droits que l'article 64 de la loi encore en vigueur spécifie que : « un décret rendu sur la proposition du Ministre de la Guerre et des Pensions et du Ministre des Finances, déterminera les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport... »

De ce texte ressort clairement que pour les médecins et pharmaciens, le décret devra fixer les *tarifs* ; alors que pour les frais de voyage et de transport il envisagera les conditions et les *limites*.

Les modifications apportées à l'esprit de cette législation commencent avec les interprétations du Ministre des Pensions. Dans la circulaire ministérielle parue au *Journal Officiel* du 16 octobre 1919, il est dit : « les soins médicaux et pharmaceutiques seront donnés dans les mêmes conditions que pour l'Assistance médicale gratuite... »

Or, la loi du 15 juillet 1893 qui institua l'Assistance médicale gratuite, laisse à chaque Conseil Général le

droit absolu d'organiser son service médical et pharmaceutique selon les habitudes et nécessités de chaque département.

On voit la confusion qui s'est produite. Alors que le législateur et le décret d'administration publique n'ont fait allusion à la loi du 15 juillet 1893 que pour le contrôle, la circulaire ministérielle s'y reporte pour le fonctionnement.

A l'heure actuelle, en ce qui concerne les prescriptions pharmaceutiques, le décret du 25 octobre 1922, modifié et complété par celui du 8 juillet 1924 et du 14 octobre 1926, stipule que le tarif pharmaceutique est établi par arrêté ministériel après avis d'une commission de neuf membres.

L'arrêté du 12 janvier 1923 décide, dans son article 1^{er}, que : « les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association Générale des Syndicats des pharmaciens de France. »

Un arrêté du 22 août 1927 est venu restreindre ce droit pour un certain nombre de médicaments : vins, élixirs et autres produits peu curatifs dont la liste est donnée dans l'arrêté.

En résumé : de tout ce qui précède, il résulte que ni la loi de 1919, ni les décrets n'ont limité le droit pour le médecin d'utiliser tous les médicaments sous la forme la plus apte à guérir le malade le plus vite et le mieux possible.

Et celui-ci conserve, en droit, sa liberté de prescription sous réserve de ne pas ordonner de médicaments pour une autre maladie que celle qui a motivé la réforme, à plus forte raison pour une personne de l'entourage (femme, enfants) et en ayant le souci d'être économe des deniers de la collectivité.

Pratiquement, on ne peut plus prescrire les médicaments interdits par l'arrêté du 22 août 1927 (vins, élixirs) ; et on ne délivre pas les spécialités non portées au tarif de l'Association Générale des syndicats des pharmaciens de France. Mais ces limitations sont contraires à la loi et la question serait à porter au Conseil d'État.

IV. — L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Instituée par la loi du 15 juillet 1983. Nous avons vu que cette loi a laissé à chaque Conseil Général le droit absolu de réglementer son application pour chaque département.

Les Conseils Généraux se sont pour la plupart désintéressés de la question spécialité pharmaceutique.

Légalement jusqu'au décret du 13 juillet 1926, le médecin n'avait pas le droit de les ordonner puisqu'elles répondaient à la définition du remède secret que la loi de Germinal an XI interdisait.

D'autre part, il a toujours été recommandé au médecin de soigner les indigents avec le moins de frais possible.

Cependant, la question s'est posée pour la spécialité

légale et irremplaçable. Presque partout ce sont des solutions de fait qui se sont établies. Le praticien met en marge « indispensable » « nécessaire » ou « très utile » et reste libre de sa prescription sous sa seule responsabilité. A en juger par certains exemples, cette manière de faire donne des résultats satisfaisants (1).

V. — LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

Les mutualités sont maîtresses chez elles, aux termes de la loi du 1^{er} avril 1898.

Elles aussi demandent à leurs docteurs d'être discrets en spécialités. Mais un certain nombre accordent néanmoins la fourniture de produits spécialisés lorsque le médecin en fait spécialement la demande en faveur d'un malade mutualiste.

VI. — CONCLUSIONS PRATIQUES

Il ressort de cette étude que, si nous mettons à part le régime de l'Assistance médicale gratuite et des Sociétés de secours mutuels, dans tous les autres cas, c'est-à-dire : Assurances sociales, Accidents des travail et Pensionnés de guerre, les textes législatifs, qui sont à la base de l'organisation du service médical, ne

(1) *Concours Médical*, 20-XI-27. Les Spécialités pharmaceutiques et la médecine sociale (D^r A. GASSOIT).

6-IV-30. Article du D^r LINET.

visent pas à limiter la liberté du médecin dans ses prescriptions.

Mais il est non moins clair que le premier souci de ceux qui ont eu à appliquer ces textes, a été d'en limiter la portée et d'en fausser l'esprit ; spécialement quant au sujet qui nous intéresse : la spécialité pharmaceutique.

Ceci dans un but d'économie d'une part — nous étudierons, au chapitre suivant, la question du prix de la spécialité — ; d'autre part, dans la crainte d'abus. Il y en eut, c'est certain mais une faible proportion et souvent par négligence et légèreté plus que par malhonnêteté.

Si bien, qu'à l'heure actuelle, le médecin se trouve, sous une législation qui a toujours respecté ses droits, en face d'interprétations qui tendent à les restreindre sans cesse.

Nous avons vu qu'il était de l'intérêt de la Santé Publique que les spécialités dont nous nous occupons puissent librement être prescrites quel que soit le malade en cause. Le médecin doit exiger le respect des textes, et lutter contre les procédés plus ou moins déguisés qui les tournent.

Il le doit, là encore, pour la défense de sa profession et pour le malade.

Dans cette lutte les grandes firmes pharmaceutiques ont intérêt à l'éclairer sur ses droits et à l'aider à les faire toujours reconnaître.

Trop de médecins, par horreur des complications et par crainte de soucis supplémentaires, dans un domaine où ils sont peu documentés, abandonnent d'avance la lutte contre les administrations. Ce faisant, ils favorisent les exigences sans cesse plus osées de ces dernières et laissent s'établir des habitudes dont le cours sera pénible à remonter pour leurs successeurs — c'est-à-dire pour ceux de notre génération.

Il convient d'apprécier l'action des journaux et revues professionnels dans lesquels des confrères ardents et particulièrement compétents au point de vue juridique, s'efforcent de soutenir une lutte courageuse contre ces empiètements au libre exercice de la médecine.

Le praticien n'est pas à son aise dans ces questions qui relèvent davantage de données juridiques que médicales, il se perd dans la multiplicité et les contradictions des textes réglementaires. Son esprit répuque à étudier le fond même du problème.

Il suffit, pour s'en rendre compte de considérer les demandes souvent simplistes, parfois naïves, qui sont posées aux rubriques juridiques des journaux corporatifs.

Une des astuces, si l'on peut dire, qu'emploient les administrations, pour limiter, dans la pratique, la prescription des spécialités, est le *Tarif*.

Que ce soit le tarif Dubief de 1893, le tarif de l'Association Générale des Syndicats des pharmaciens de France ou le tarif National ; c'est en cristallisant dans

une liste de prix les médications usuelles qu'elles arrivent à donner une portée limitative à ce qui, d'après la loi et une jurisprudence constante, n'a qu'un sens énonciatif.

Et dans la pratique les pharmaciens détaillants refusent de délivrer ce dont ils ne trouvent pas l'évaluation dans le *Tarif*.

Crainte de complications, de responsabilités ; ce que le papier imprimé n'indique pas, ils préfèrent ne pas le fournir.

Les caisses publiques et les assurances s'empressent d'ailleurs de spéculer sur cette hésitation et sont les premières à prétendre que ce qui n'est pas porté au *Tarif* n'est pas autorisé.

Cependant, il y a là un abus intolérable.

Ces tarifs sont établis par des pharmaciens. Il y aurait une étrange erreur à permettre à des pharmaciens d'établir une liste des spécialités permises aux médecins. Ils ne sont compétents que pour mettre un prix en face d'un article, non pour décider de son utilité. En pratique on arrive à faire des listes ne comportant que très peu de spécialités. Les unes sont portées sous leur nom commercial, les autres sous leur appellation scientifique, ce qui est une première source de complications inutiles. Ces listes sont dressées une fois pour toute, ce qui revient à exclure délibérément toutes les découvertes nouvelles.

L'industrie des spécialités et le Corps médical ont là une excellente occasion d'associer leur effort pour

un but commun et très respectable qui défend les intérêts des malades de collectivités.

« Les assurés doivent bénéficier des méthodes thérapeutiques les plus modernes, les plus actives, si coûteuses qu'elles soient parfois, elles sont encore économiques si une guérison rapide en est le prix » (M. GRINDA, Rapport à la Chambre des Députés, lors de la discussion des Assurances Sociales).

CHAPITRE III

DES PRINCIPALES CRITIQUES FAITES AUX SPÉCIALITÉS. CE QU'IL FAUT EN PENSER

Nous resterons toujours dans le cadre de la spécialité que nous avons prise pour objet de notre étude. C'est-à-dire la spécialité scientifique sérieuse, précise dans ses indications, efficace dans son action et dont la présentation destinée uniquement au médecin ne vise pas au racolage direct du client.

Nous n'envisagerons que les critiques qui se présentent sur le plan médical, celles qui intéressent le médecin soit directement, soit en tant que défenseur naturel des intérêts du malade.

En limitant ainsi la question nous constatons d'emblée que les reproches les plus grossiers et les plus communément publiés, ne concernent pas la spécialité pharmaceutique exclusivement médicale. Ils visent la spécialité populaire que nous sommes les premiers à condamner.

Cependant, beaucoup de spécialités qui relèvent de notre étude, ne sont pas exemptes de défauts.

CRITIQUES PROFESSIONNELLES

Tout d'abord la critique la plus impersonnelle et la plus générale : il y a trop de spécialités.

C'est là une constatation qui pour être conforme à la réalité, n'apporte cependant aucun élément nouveau d'appréciation.

Tout au plus attire-t-elle l'attention sur l'utilité d'une réglementation à la base qui empêcherait de naître les spécialités que rien ne justifie et dont l'existence est souvent éphémère.

Que l'on commence par supprimer les spécialités qui ne sont pas exclusivement médicales, beaucoup de capitaux seront attirés vers d'autres industries.

Que parmi les spécialités médicales, le sens critique du médecin joue plus sévèrement et l'existence des laboratoires *météores* et des laboratoires *fantômes* dont un téléphone et une machine à écrire représentent tout l'outillage technique, sera plus difficile.

Il est toute une catégorie de produits, serviles et pâles imitations de spécialités réputées dont la qualité justifie le succès, que nous ne demandons qu'à voir disparaître.

Encore faudrait-il qu'ils ne trouvent pas leur plus sûr appui parmi les médecins mêmes qui collaborent à leur lancement par leurs conseils et leurs prescriptions. Il n'est pas si rare de voir de célèbres consultants prescrire des spécialités de cet acabit, qui gagnent

leur faveur par le seul fait... qu'elles sont encore inconnues.

Il n'en restera pas moins un assez grand nombre de spécialités.

Cela tient en partie, à l'étendue et à la richesse de la matière médicale. Écoutez le rapport présenté par le docteur PETIT, administrateur des Hospices d'Orléans, au 9^e Congrès de l'Union Hospitalière du Nord-Ouest :

« Si le nombre des spécialités augmente, cela
« est dû au progrès de la science, aux applica-
« tions de la physiologie et aux nécessités de la cli-
« nique moderne. Les méthodes de travail ont
« changé. Les outils se sont modifiés. Certaines subs-
« tances pharmaceutiques actuelles ne sont accep-
« tables et utilisables que sous forme de spécialités et
« j'ajoute : ce sont les plus actives et les plus néces-
« saires. »

Et l'on pense à ce pauvre médecin noyé dans le flot montant des spécialités, dont le professeur ACHARD, dans sa communication à l'Académie, évoque la triste figure, lorsqu'il s'égare dans un cercle de dames qui, à qui mieux mieux, l'interrogent sur les vertus d'un produit qu'il ignore.

Ce n'est pas chose exceptionnelle dans notre profession, de devoir répondre à des questions que nous ne connaissons pas. Il n'est point besoin de faire appel à la spécialité.

C'est un truisme de dire que l'arsenal thérapeutique

peut être à la rigueur réduit à une trentaine de médicaments indispensables. Ce sont d'ailleurs ceux que l'on prescrit de préférence sous forme spécialisée.

Malgré cela le nombre de médicaments est considérable et un praticien ne peut se vanter de connaître la pharmacologie de tous. C'est pourquoi, que l'on ne puisse connaître toutes les spécialités ne nous paraît pas un vice qui leur soit imputable.

Que du fait de cette affluence les médecins ne puissent pas savoir en règle ce qu'ils prescrivent est une autre affaire.

On ne doit ordonner que ce que l'on connaît.

Selon la curiosité et la méthode de chacun, le champ de ses connaissances est plus ou moins étendu.

Mais que l'on ne dise pas non plus que la pléthore de spécialités conduit forcément à toujours prescrire les mêmes produits.

Ce n'est vrai qu'en tant que les possibilités de la mémoire sont limitées et ce n'est qu'un cas particulier de la grande loi de l'habitude, qui conduit, également très tôt, le praticien, qui veut ordonner magistralement, à classer dans son esprit un certain nombre de formules dont il ne s'écarte guère. Et quand il se permet des variantes, ce n'est pas en général sur les composants les plus actifs.

L'accusation qui a été portée parfois avec virulence contre la spécialité de favoriser la paresse du médecin, ne nous paraît pas entièrement justifiée ; à moins que l'on ne pose : que le médecin contemporain manque absolument de conscience professionnelle.

S'il veut savoir les spécialités qu'il prescrit et ne prescrire que celles qu'il sait, le médecin est tenu à un travail personnel où toutes les connaissances pharmacologiques que l'on s'est si justement efforcé de lui faire acquérir au cours de ses dernières années de Faculté, trouvent leur pleine utilisation.

Cette obligation de prendre connaissance des plus récentes découvertes pharmaceutiques et d'étudier leur application à la clinique humaine est même à nos yeux une source d'enseignement qui n'est pas négligeable pour le praticien. Il s'enrichit en se renouvelant.

Un autre des plus sérieux reproches fait à la spécialité, est qu'elle impose sa formule au médecin. Cette critique ne vise que la spécialité composée et tire surtout son importance de la proportion invariable existant entre les principes actifs de sa formule.

Le professeur ACHARD formule ainsi ce grief :

« Le praticien qui prescrit une spécialité est obligé
« une fois pour toute d'accepter cette proportion, s'il
« vient à élever ou à abaisser la quantité du produit.
« Or, si je veux prescrire, par exemple, en même
« temps, la thébromine et la digitale, j'entends fixer
« la dose de chacune que je juge convenable et
« non accepter celle que m'imposerait une spécia-
« lité ; puis si j'estime opportun de modifier ensuite
« les doses, j'entends aussi le faire pour l'une ou pour
« l'autre substance » (*loco citato*).

Rappelons tout d'abord que nous n'avons jamais

dénié la valeur de la formule magistrale et que l'exemple cité est sans doute l'un de ceux où l'on y recourrait volontiers ; à moins de préférer prescrire séparément deux produits dont la marque nous serait garante de la pureté.

Mais si un tel reproche est d'un très grand poids dans la bouche d'un maître aussi éminent, il convient cependant de remarquer que les proportions adoptées par une spécialité sérieuse l'ont été après études et expérimentations. Ce sont des proportions moyenne et optima.

D'autre part, de par leur multiplicité même, les spécialités à l'époque actuelle offrent un choix suffisant pour permettre à un praticien d'adapter sa thérapeutique à un malade donné.

Il n'est pas rare, que pour un même produit, une firme pharmaceutique présente des formules différemment dosées ; pour une solution simple, diverses concentrations.

L'accusation de remède « à tout faire », « en confectio », que l'on a portée contre la spécialité, est de moins en moins justifiée.

Si à l'origine de cette industrie, on s'est plus particulièrement attaché à réaliser des formules susceptibles d'être appliquées au plus grand nombre, c'est là une erreur qui a été vite comprise et l'on s'efforce au contraire, de nos jours, de créer des médicaments topiques dont la spécificité même est un gage de succès.

Beaucoup plus justifiées semblent les critiques que l'on porte en général à la rédaction des étiquettes et prospectus, qui accompagnent le conditionnement destiné aux malades.

Même des maisons très sérieuses sacrifient encore à un désir de séduction commerciale qui ne peut que nuire à l'exercice de la médecine.

Sans aller jusqu'à l'accusation d'exercice illégal de la médecine, il est certain que les littératures « clientèle » auraient tout avantage à s'orienter vers une plus grande discrétion. Même en tenant compte de la nécessité d'une certaine optique publicitaire.

Le cours de pathologie qu'elles exposent met à l'épreuve le prestige du médecin. Les interprétations du malade et de l'entourage sont embarrassantes. Les indications de maladies graves inquiètent et si le malade ne trouve par rapportés les symptômes dont il souffre, il prend le médicament sans conviction.

Il y aurait intérêt à supprimer ces brochures. Certains l'ont fait.

Sur la boîte, le nom du fabricant et la formule exacte, c'est ce que la loi exige et c'est suffisant.

En dehors des considérations précédentes, cette recherche de la faveur du public peut avoir de graves conséquences si l'on tient compte du prosélytisme irréfuté du malade qui veut convaincre autrui de l'excellence de la médication qui lui a réussi.

Voici, en somme, les principales critiques que l'on peut faire à la spécialité du point de vue professionnel.

Que l'on ne voit pas, dans le soin que nous avons mis à réfuter certaines, un parti pris aveugle.

Mais en défendant la spécialité de choix, dont nous avons entrepris l'étude objective, nous sommes plus à l'aise pour stigmatiser la spécialité extra-médicale ou médicale de seconde zone, en réclamant sa condamnation et son interdiction.

Il reste un desideratum important, souvent formulé : il serait souhaitable que le médecin ait une certitude absolue sur la composition d'un produit spécialisé.

Nous verrons ultérieurement ce qui a été fait ou proposé dans ce sens et ce qu'il faut en penser.

CRITIQUES ÉCONOMIQUES

On a reproché à la spécialité d'être chère et plus coûteuse que la formule magistrale.

A cette accusation il convient de répondre par des chiffres.

Dans une étude parue en 1929 (1), le docteur BECH comparait le prix de vente de quelques spécialités et de la même préparation formulée magistralement et évaluée d'après le tarif de l'Association Générale des syndicats des pharmaciens de France, habituellement utilisé dans les officines.

Dans notre désir de ne pas citer de noms de spé-

(1) *Concours Médical*, 11-VIII-29, 25-VIII-29, et 20-IV-30.

cialités, nous renvoyons à cet article pour de plus amples précisions.

Mais dans l'ensemble, l'auteur concluait que pour les préparations à composition unique, telle que granules d'alcaloïdes, ampoules d'un sel quelconque, la spécialité était plus chère que la préparation magistrale. Pour une préparation complexe au contraire, la spécialité n'est pas plus chère et souvent inférieure comme prix. Et ceci, même si l'on tient compte que dans certaines villes les pharmaciens font un rabais de 10 % sur le Tarif de l'A. G.

Et voici comment l'auteur explique ce fait : Il résulte de l'étude comparative des prix pratiqués que pour une préparation magistrale le prix doit être compté 550 à 600 % plus cher qu'avant la guerre. Le prix de la spécialité n'a augmenté que de 350 à 400 %.

De nombreuses considérations justifient cette différence : fabrication en grande série, compression des prix de revient, concurrence, politique commerciale : la vente d'un produit est d'autant plus large que son prix est plus bas.

Il faut également tenir compte du fait que le tarif de l'A. G. est trop élevé. C'est un tarif de travail au détail qui monte rapidement, analogue pourrait-on dire au prix de série pratiqués dans le bâtiment et dont l'expression populaire « tarif plombier » traduit le caractère.

Les autres tarifs, différents par le mode d'évaluation, sont sensiblement semblables pour les prix.

Si nous examinons ces conclusions, nous constatons que la spécialité jadis plus chère que la formule magistrale est aujourd'hui moins chère, tout au moins pour les préparations complexes ; pour les préparations simples, son prix est parfois plus élevé. Nous avons vu que le facteur qualité qui est une des raisons d'être de la spécialité nécessitait une sélection dans la matière première et une rigueur dans le contrôle qui expliquent la différence de prix.

CHAPITRE IV

D'UN CONTROLE OFFICIEL DE LA SPÉCIALITÉ

Cette question a fait l'objet d'une thèse récente et fort intéressante de notre confrère le D^r BONNEL (1). Sans entrer dans les détails, examinons rapidement les réglementations en vigueur à l'étranger et en France.

Nous envisagerons ensuite quelques projets susceptibles d'apporter des solutions nouvelles.

Dans tous les pays s'est manifesté le désir de mettre de l'ordre dans la production des spécialités pharmaceutiques.

Trois seulement : les États-Unis, les Pays-Bas et la Suisse, ont réalisé un contrôle qui paraît efficace.

LA RUSSIE SOVIÉTIQUE a adopté une solution possible dans le cadre de ses institutions, mais qui ne peut servir d'exemple. C'est l'État qui achète les spécialités étrangères indispensables et irréalisables dans les laboratoires russes, pour les distribuer.

(1) Contribution à l'étude d'une réglementation des spécialités pharmaceutiques, D^r J. BONNEL, Arnette, Paris, 1935.

AUX ÉTATS-UNIS fonctionne depuis 1905 un organisme de contrôle institué sur l'initiative de l'*American Medical Association* et indépendant de l'État.

C'est le principe d'un comité de contrôle para-officiel qui habilite les spécialités, en publiant ses conclusions dans un petit livre édité annuellement en marge de la pharmacopée officielle : le *New and non official Remedies*.

Entre temps, les rapports du comité sont publiés dans deux suppléments bi-annuels et dans le *Journal de l'American Medical Association*. Un formulaire des spécialités approuvées par le comité, « Useful drugs », vendu en librairie, sert de guide au praticien et à l'étudiant.

DANS LES PAYS-BAS, un *Institut pharmaco-thérapique* a été créé en 1920 sous la dépendance de l'État.

C'est un contrôle officiel, gratuit, sur demande des médecins, pharmaciens et fabricants.

L'organisation de cet Institut est telle qu'elle met à contribution et utilise les différents membres et assistants des laboratoires universitaires et hospitaliers.

Les rapports sont publiés dans un bulletin bi-annuel, qui est adressé gratuitement à tous les médecins et pharmaciens du royaume.

EN SUISSE, un *Laboratoire du Contrôle des Médicaments* a été fondé en 1932 à Berne, par la Société Suisse de Pharmacie.

Il analyse les spécialités et publie ses résultats dans un bulletin trimestriel. Il pratique par ailleurs des expertises à titre onéreux sur la demande des pharmaciens et médecins.

Signalons l'organisme international dépendant de la S. D. N. qui s'est occupé depuis sa création, remontant à quinze ans, de l'examen biologique et pharmacologique de certains médicaments et d'établir des étalons biologiques internationaux.

Ces divers organismes ont pour but de contrôler la composition, la publicité et le conditionnement des produits spécialisés.

Voilà pour ce qui existe à l'étranger.

EN FRANCE, il est toujours d'actualité de vouloir organiser un contrôle efficace.

Il n'existe pour l'heure que le *Laboratoire National de Contrôle des Médicaments*.

Quel est son rôle ? C'est essentiellement un laboratoire officiel d'expertise.

Il analyse les produits prélevés par les inspecteurs du service des fraudes, conformément à la loi du 1^{er} août 1905 sur la répression des fraudes. Mille à quinze cents spécialités sont, paraît-il, examinées ainsi tous les ans. Il ne lui appartient pas de publier les résultats de ce contrôle. Seule l'autorité judiciaire pourrait exiger cette publicité. Pratiquement, elle ne le fait jamais.

En second lieu, par décision ministérielle, du 30 juin

1928, le Laboratoire National de Contrôle peut être chargé sur demande d'examiner à titre onéreux des produits médicamenteux hygiéniques ou toxiques.

La plupart des fabricants, dans leur désir d'attacher à leurs produits une marque d'approbation officielle, font enregistrer celui-ci au Laboratoire National de Contrôle. Ce qui leur permet de faire mention du numéro d'enregistrement.

Cette formalité, qui n'est d'ailleurs pas obligatoire, consiste uniquement à vérifier que la spécialité est conforme aux exigences légales. C'est-à-dire qu'elle porte mention de sa formule, du nom du fabricant, et que ce dernier est diplômé pharmacien.

Il n'est aucunement question de contrôler la composition des produits.

Un contrôle de composition peut être fait dans certaines conditions et à titre onéreux sur demande des fabricants qui ont recours à cette expertise officielle pour accréditer leurs produits à l'étranger.

En résumé, la seule réglementation générale existant en France, est la loi sur la répression des fraudes.

Encore ne vise-t-elle pas les propriétés pharmacodynamiques mais seulement les « qualités substantielles » des composants.

La loi du 14 juin 1934 (abrogeant la loi du 25 avril 1895) soumet aux dispositions de la loi sur la répression des fraudes les sérums, vaccins et les divers produits d'origine microbienne, ainsi que les substances injectables d'origine organique.

De plus elle subordonne leur exploitation à une autorisation du gouvernement rendue après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Cette loi du 14 juin 1934 réalise un premier pas vers l'organisation d'un contrôle officiel efficace. En effet, l'examen auquel sont soumis les produits avant autorisation porte sur leur origine, leur provenance, leur appellation, leur fabrication, les moyens de leur identification et leur teneur en substances utiles.

Envisageons maintenant ce qui a été proposé.

Certains ont préconisé la création d'un comité corporatif des fabricants de spécialités médicales. Ce comité ferait lui-même sa police en pratiquant des expertises de spécialités prélevées chez le pharmacien détaillant. En cas de fraude, le fabricant responsable serait appelé devant le Comité qui fonctionnerait comme un conseil de famille et prendrait des sanctions allant du simple avertissement à la publication des résultats de son expertise...

Il a été question, il y a peu d'années, de créer un comité de surveillance sous la dépendance de l'État composé de notabilités du Corps médical et pharmaceutique, à l'exclusion de fabricants de spécialités — chargé d'exercer un contrôle de la publicité des spécialités, dans le but d'en réglementer la teneur et d'en réduire les frais. On cherchait surtout à obtenir un abaissement de leur prix de vente.

Inutile de dire que ce projet qui devait faire l'objet d'un décret-loi, a été violemment combattu par les propriétaires de spécialités populaires.

Une proposition originale est celle de la création d'un Institut de recherches, indépendant, dont les laboratoires seraient ouverts à tous les chercheurs qualifiés par leurs titres et leurs travaux et dont les frais seraient couverts par l'exploitation commerciale des découvertes faites en son sein. Cette exploitation commerciale serait concédée au plus offrant des laboratoires de spécialités privés.

Enfin, il reste à envisager la possibilité d'adopter en France une des solutions mises en pratique à l'étranger.

Nous n'entreprendrons pas une critique des réglementations appliquées ou projetées.

Il convient de noter les difficultés que soulève la recherche d'une solution aussi parfaite que possible.

Difficulté d'une entente entre les fabricants tout d'abord. Peu d'entre eux ont le véritable désir de se plier à une règle commune. Les représentants de spécialités populaires et banales sont en majorité dans leurs syndicats et les intérêts de ces derniers sont opposés au but qu'il faudrait atteindre.

Il ne faut pas trop compter non plus sur une action énergique des pouvoirs publics, tout au moins tant qu'une force morale importante — comme celle

que représente, par exemple, le Corps médical — n'exigera pas cette action.

Voudrait-on réellement organiser une réglementation sérieuse, son fonctionnement se heurterait à d'autres empêchements.

Il ne sera pas aisé de dégager des critères simples ni des principes nettement définis qui permettraient de statuer sur l'utilité et la valeur thérapeutique, l'activité pharmacodynamique, biologique et clinique de tous les médicaments spécialisés. En supposant ces problèmes résolus, l'application des décisions implique une discipline des esprits qui n'est peut-être pas la caractéristique du tempérament français.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude des rapports du Corps médical et de la spécialité pharmaceutique, une première constatation s'impose.

De ce sujet complexe et passionnant nous avons négligé de nombreux aspects.

Nous n'avons pas voulu nous faire l'écho de bien des revendications recueillies au cours d'une enquête personnelle, que nous avons eu le souci de faire, avant de conclure, auprès des principaux fabricants de spécialités françaises.

Nous n'avons pas signalé les desiderata des pharmaciens détaillants.

Le point de vue du juriste nous est resté étranger pour le fond même de la question.

Et si nous avons fait allusion aux côtés économiques national et international du problème, ce ne fut que pour esquisser quelques-uns des prolongements lointains qui dépassaient les limites que nous nous étions fixées.

Volontairement nous nous sommes efforcés de maintenir l'étude des spécialités dans le cadre de ses uniques rapports avec le corps médical.

Ce faisant, nous n'avons pas conscience de l'avoir amenuisée ni déformée, mais au contraire de l'avoir abordée sous son vrai jour.

Ce n'est pas son développement commercial, son succès auprès du public, l'importance de son industrie et la place qu'elle occupe dans l'économie d'un pays qui font la valeur de la spécialité pharmaceutique.

C'est par son but, qui est d'apporter à l'homme un moyen nouveau ou meilleur de traiter le mal, qu'elle se légitime et revêt un intérêt d'un caractère très particulier.

Et c'est le médecin, défenseur naturel de la Santé Publique, qui doit et peut le mieux la juger.

Nous l'avons constaté, les rapports qu'elle contracte avec lui sont multiples et divers.

Notre intention était seulement d'exposer sous son angle le plus sûr, le plus juste, et le plus utile un problème qui, à notre connaissance, n'a jamais encore été présenté dans son ensemble.

Nous le disions au début de notre introduction il ne nous appartient pas d'apporter des solutions définitives à toutes les questions que soulève ce sujet.

Cependant il nous faut conclure.

Deux faits, sont patents :

— il y a beaucoup trop de spécialités dont on pourrait absolument se passer et qui n'apportent aucun élément nouveau à la thérapeutique dont elles se réclament.

— l'industrie de la spécialité pharmaceutique, d'ori-

gine toute récente, s'est développée de façon anarchique, sans harmonie, souvent en fondant sa réussite sur des bases totalement étrangères à la Santé Publique et au progrès scientifique.

Trop de fabricants, en particulier, demandent à leur formule publicitaire un succès que ne légitime pas leur formule tout court.

Résultat : à l'heure actuelle, il est extrêmement difficile de faire le départ entre les spécialités qui ont de la valeur et celles qui n'en ont pas ; de dégager des règles définies qui pourraient servir à ceux qui ont à utiliser les spécialités, ne l'oublions pas, sous leur propre responsabilité.

A cette situation, on peut, à notre avis, opposer trois grands remèdes :

1^o Retour à la formule magistrale.

A noter que cette mesure ne s'oppose pas au principe de la spécialisation des produits pharmaceutiques. Sans⁴⁶ compter ceux qui sont irremplaçables, la marque et la renommée d'un fabricant sont des éléments de garantie et de confiance des plus appréciables ; particulièrement à une époque où l'extension du recours judiciaire incite le médecin à une extrême prudence. Nous croyons que de plus en plus il aura intérêt à préciser l'origine du produit qu'il formule.

Formule magistrale donc, mais enrichie du progrès et de la perfection technique que réalise la spécialisation.

2^o Application d'une censure sévère, par le médecin, à l'encontre des spécialités qui lui sont proposées.

Il est aussi capital de connaître parfaitement une spécialité, qu'il est indispensable de savoir la posologie et la pharmacologie des composants d'une formule magistrale.

Nous nous sommes efforcés, au cours de ce travail, de dégager les principaux éléments de cette connaissance.

Il importe avant de prescrire une spécialité de s'inquiéter :

- de ses sources scientifiques,
- de sa fabrication. Où ? Comment ? Par qui ?
- de sa valeur thérapeutique. Ses références ?

Que les laboratoires, de leur côté, s'attachent à répondre spontanément à ces questions. Ce doit être la base de leur publicité.

3^o Organisation d'un contrôle officiel ou par-officiel efficace de la fabrication et de l'exploitation des spécialités .

Du jour où des hommes d'affaire ont été attirés vers l'industrie des spécialités par l'unique perspective de gains importants à réaliser, il y eut une confusion et une erreur fondamentales ; analogues à celles que commettrait le jeune homme qui aborderait les études médicales, dans le seul but d'arriver à une situation génératrice de profits et susceptible d'être impunément développée dans ce sens.

Cette confusion est sans doute à l'origine de bien

des abus que nous avons été amené à constater. Il importe que l'on revienne aux principes mêmes dont découle la spécialité.

Nous espérons que c'est le Corps médical qui comprendra le premier l'immoralité et la menace d'une surproduction déréglée de spécialités médiocres et banales.

C'est de son esprit critique et de sa conscience professionnelle que nous espérons le plus.

Il est des spécialités pharmaceutiques excellentes, indispensables ou très utiles, qui constituent un progrès certain dans l'art de guérir et qu'un médecin soucieux de son malade n'a pas le droit d'ignorer.

Celles-ci ne peuvent que bénéficier d'une sévérité plus grande à l'encontre des autres et leur succès contribuera au rayonnement de la pensée française et au développement des sciences.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la thèse,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHAR (CH). — Les spécialités pharmaceutiques (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 11 octobre 1927).
- ALLARD-LATOUR. — *La spécialité pharmaceutique*. Etude économique (Thèse de droit, Dijon 1933).
- BECH (H.). — Spécialités pharmaceutiques et tiers payant (*Concours Médical*, 11 et 25 août 1929, *Journal de Médecine de Paris*, 25 décembre 1929).
- BONNEL (J.). — *Contribution à l'étude d'une réglementation des spécialités pharmaceutiques* (Thèse de médecine, 1935).
- BOUDIN (P.). — Etude juridique et médico-sociale sur les spécialités pharmaceutiques (*Concours Médical*, 22 février 1928).
- Du même auteur passim in *Concours Médical* depuis 1922.
- BOUVET (M.). — Passim in *Bulletin de la société d'Histoire de la pharmacie*.
- DUVERGIER. — *Recueil de lois et décrets*.
- FIESSINGER (N.). — *Physio-pathologie des syndromes endocriniens*, Masson 1933.
- FORESTIER (G.). — L'art de guérir et la vente des médicaments en France (*Bulletin de la Société des Nations*, mars 1934).
- GARNAL (P.). — De l'admission des spécialités pharmaceutiques à la nomenclature des médicaments délivrés aux bénéficiaires des lois sociales et de l'Assistance médicale gratuite (*Action Pharmaceutique*, mai 1925).
- Du même auteur passim in *Action Pharmaceutique* depuis 1926.
- GASSOIT (A.). — Les spécialités pharmaceutiques et la médecine sociale (*Concours Médical*, 20 novembre 1927).
- GIRY (G.). — Pour un statut corporatif de la spécialité (*L'Echo de la Presse*, mars 1936).

- HARVIER (P.). — Le bon sens en thérapeutique. Leçon inaugurale (in *Paris Médical*, 30 novembre 1935).
- LUZUY (H.). — Pour un statut corporatif des spécialités (*Le Corps de Santé*, 1936).
- PERREAU. — *Code de la Médecine et de la Pharmacie*, Paris 1926.
- RICHAUD et HAZARD. — *Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie*.
- SIROT. — Natura curatrix et les spécialités médicamenteuses (*La Bourgogne*. Bulletin mensuel de la Société des sciences médicales de la Côte d'Or, 1931).
- WYNNE. — Contrôle et commerce des spécialités. Un plan de contrôle à New-York (*J. of the A. M. A.*, juin 1931). *Journal Officiel*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE I. — DE QUELLE SPÉCIALITÉ S'AGIT-IL ?.....	19
CHAPITRE II. — ÉTAT ACTUEL DES RAPPORTS DU MÉDECIN ET DE LA SPÉCIALITÉ.....	24
A. — <i>Dans le cadre pharmacologique</i>	24
1° Dans la création de la spécialité.....	24
2° Dans son expérimentation.....	26
3° Dans sa diffusion.....	28
B. — <i>Dans le cadre professionnel</i>	30
1° Apport de la spécialité.....	30
a) Au point de vue technique.....	30
b) Au point de vue pratique.....	34
2° Apport du médecin.....	37
3° Comment s'exercent les rapports entre labora- toires et praticiens. — La Publicité.....	41
C. — <i>Dans le cadre de la santé publique</i>	46
I. — Les assurances sociales.....	49
1° Les textes.....	49
2° Leur interprétation.....	50
3° Cas particuliers. Assurés sociaux faisant partie d'une mutuelle et assurés sociaux in- digents	55
II. — Les accidents du travail.....	56
1° Les textes.....	56
2° Leur interprétation.....	57
III. — Les pensionnés de guerre.....	58
1° Les textes.....	58

2 ^o Leur interprétation.....	59
IV. — L'assistance médicale gratuite.....	62
V. — Les sociétés de secours mutuelles.....	63
VI. — Conclusions pratiques.....	63
CHAPITRE III. — DES PRINCIPALES CRITIQUES FAITES AUX SPÉCIALITÉS. CE QU'IL FAUT EN PENSER.	68
CHAPITRE IV. — D'UN CONTROLE OFFICIEL DE LA SPÉCIALITÉ.	78
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	91

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 2-5-1936.

